16

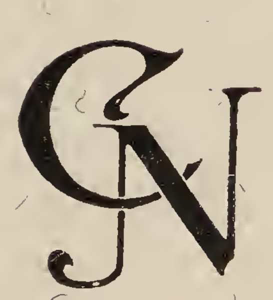
TUMEURS DU FOIE OPÉRÉES

N'AYANT ÉTÉ RECONNUES SYPHILITIQUES QU'APRÈS L'INTERVENTION

PAR

Le Dr I. STEINER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX



PARIS

C. NAUD, ÉDITEUR

3, rue Racine, 3

—

1902

TUMEURS DU FOIE OPÉRÉES

N'AYANT ÉTÉ RECONNUES SYPHILITIQUES QU'APRÈS L'INTERVENTION

PAR

Le Dr I. STEINER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX



PARIS

C. NAUD, ÉDITEUR

3, rue Racine, 3

—

1902

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30602300

INTRODUCTION

—

Les déterminations hépatiques de la syphilis ont déjà fait l'objet de nombreux et importants travaux, tant au point de vue étiologique qu'aux points de vue clinique et anatomo-pathologique. Mais les études histo-pathologiques ont surtout porté jusqu'ici sur des pièces cadavériques, recueillies par conséquent dans les conditions ordinaires des autopsies, c'est-à-dire 24 heures au moins après la mort.

Il est arrivé, dans ces dernières années, que des chirurgiens, croyant avoir affaire à des lésions opérables du foie, ont réséqué de véritables tumeurs syphilitiques, des lésions tertiaires dont on a pu ainsi faire l'examen histologique dans des conditions idéales, c'est-à-dire sur des pièces fraîches. D'autre part, ces interventions opératoires avaient pour ainsi dire toujours, à leur point de départ, une erreur de diagnostic ; c'est seulement pièces en mains (et parfois, même, seulement armé du microscope), que la méprise était reconnue.

Aussi nous a-t-il semblé qu'il serait intéressant de mettre en relief cette nouvelle particularité du diagnostic clinique des tumeurs du foie, dont on conçoit toute

l'importance au point de vue du traitement. Joint aux notions nouvelles, que nous a permis de formuler l'examen histologique de pièces fraîches, surprises pour ainsi dire en vie, le sujet des « syphilômes opérés du foie » nous a tenté pour notre thèse inaugurale.

Avant d'entrer dans le vif de la question, nous avons à cœur d'accomplir une dette de reconnaissance en remerciant les maîtres qui, dans les hopitaux, nous ont initié à l'étude et à l'examen des malades.

Que M. le D[r] Campenon, que M. le professeur Duplay, que M. le D[r] Marion, qui ont fait notre instruction chirurgicale, veuillent bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous nous souviendrons toujours des leçons et des conseils qu'au lit des malades nous ont prodigués MM. Labadie-Lagrave, Renon, Florand, Souques, Triboulet.

Nous gardons un souvenir reconnaissant à M. le D[r] Lepage qui nous a appris la pratique des accouchements.

M. le D[r] Legueu, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, nous a témoigné à maintes reprises un intérêt qui nous a profondément touché. Il a bien voulu nous mettre sur la voie de ce travail en nous indiquant deux belles observations d'hépatectomie pour syphilis. Qu'il nous permette de lui exprimer tous nos remerciements.

M. le D[r] Maurice Letulle, professeur agrégé, méde-

cin de l'hôpital Boucicaut, nous a fait l'honneur de nous permettre de puiser dans sa précieuse collection de documents anatomiques pour enrichir les observations histologiques sur lesquelles s'appuie notre travail. Nous sentons tout le prix de cette insigne faveur et nous prions notre cher maître de vouloir bien accepter l'assurance de notre respectueuse gratitude.

M. le professeur Dieulafoy veut bien aujourd'hui présider notre thèse. N'ayant pas eu la bonne fortune d'être attaché officiellement à son service de l'Hôtel-Dieu, nous avons dû nous contenter d'écouter les magistrales leçons de clinique qu'il professe à l'amphithéâtre. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre infinie reconnaissance.

DIVISION DU SUJET

—

Après un coup d'œil rapide sur l'historique de la question qui nous occupe, nous entrons d'emblée dans la description anatomo-pathologique et histologique des pièces fournies par les opérations ou par les autopsies, puis nous aborderons l'étude clinique et les difficultés diagnostiques, pour terminer par quelques considérations thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

—

L'histoire de la syphilis hépatique, si nous entreprenions de la retracer ici, ne nous apprendrait pas grand chose au sujet des lésions qui déterminent des tumeurs à la surface de l'organe, tumeurs qui paraissent tellement indépendantes de la masse hépatique, que la chirurgie n'hésite pas à les reséquer, quitte à manifester sa surprise quand l'examen macroscopique ou microscopique de la lésion vient à en révéler la nature syphilitique.

Dittrich, qui a le premier montré les rapports de certaines lésions hépatiques avec la syphilis (1849) avait rapporté trois cas d'hépatite gommeuse. Mais dans ces trois observations, comme d'ailleurs dans la plupart de celles qui suivirent, le foie était pris en entier d'une façon uniforme ; il s'agit de trouvailles d'autopsie ; et tous ces faits ne se rattachent que bien indirectement à ceux qu'aujourd'hui nous tentons de grouper et de mettre en relief.

Si les noms de Ricord, de Rayer, de Virchow, de

Lancereaux, de Cornil, de Fournier, de Hudelo doivent être ici rappelés, n'oublions pas que c'est à un point de vue général, et surtout au point de vue anatomo-pathologique et histologique. Pour ce qui est du point de vue particulier auquel nous nous sommes placé, c'est-à-dire l'histoire des tumeurs syphilitiques du foie qui ont été l'objet d'une intervention chirurgicale, c'est le mémoire de MM. Terrier et Auvray, qui, en 1898, par conséquent à une époque relativement toute récente, a réuni les observations isolées, publiées jusqu'alors.

Depuis, nous avons eu l'intéressante communication de M. Legueu au Congrès français de chirurgie en 1901. Les pièces anatomiques des deux observations rapportées par M. Legueu ont été soigneusement étudiées par M. le Dr Maurice Letulle, et nous avons la bonne fortune de donner aujourd'hui le résultat de ces examens histo-pathologiques, inédit jusqu'à présent.

L'observation, également inédite, de M. Tuffier et un nouveau cas que nous a confié obligeamment M. Maurice Letulle complètent la série de cette collection, encore peu riche, on le voit, de foies syphilitiques opérés.

CHAPITRE II

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

La description anatomique des pièces prélevées au cours de l'intervention chirurgicale, ou sur la table d'autopsie, comporte deux parties distinctes : l'une, qui a trait à l'aspect extérieur, à la configuration, en un mot à la macroscopie des lésions ; l'autre, qui concerne les détails histologiques révélés par l'examen microscopique.

1° *Aspect macroscopique.* — Il suffit de se représenter le processus évolutif qu'affecte habituellement la syphilis hépatique, processus le plus souvent mixte, à la fois scléreux et gommeux, pour comprendre les particularités extérieures des tumeurs syphilitiques opérées. Celles-ci sont en effet, d'après les observations recueillies, constituées d'après un type à peu près toujours le même : ce sont des tumeurs grossièrement arrondies, rattachées à la masse du foie par une implantation plus ou moins large, parfois cependant tellement réduite qu'on croit avoir affaire à un véritable pédicule.

La conformation générale arrondie de la tumeur est accidentée par des dépressions linéaires ou étoilées, qui divisent la masse en une série de parcelles lobulées dont la connaissance est des plus importantes pour l'interprétation des signes fournis par la palpation clinique. Les dépressions étoilées rappellent de véritables cicatrices. A vrai dire ce sont de réelles traces cicatricielles de productions gommeuses résorbées spontanément ou sous l'influence du traitement antisyphilitique. Chaque dépression, chaque sillon de la surface de la tumeur répond à une travée scléreuse qui enserre le tissu ambiant à la façon d'une ficelle, suivant la comparaison classique. On retrouve ici, comme le fait était habituel dans toute syphilis tertiaire du foie, les adhérences de la capsule de Glisson avec les organes voisins, en particulier avec le diaphragme, le colon, le rein et surtout la face profonde de la paroi abdominale antérieure. Ce sont ces néomembranes adhésives, fibreuses, épaisses, opaques qui masquent la tumeur qu'elles recouvrent et qui font que le chirurgien peut ne pas reconnaître la nature de la lésion, même lorsqu'au cours de l'opération il a les pièces en mains.

Si maintenant nous pratiquons une coupe de cette tumeur, ou plutôt une série de coupes parallèles et successives, nous retrouvons l'aspect, aujourd'hui bien connu, des lésions scléro-gommeuses du foie avec prédominance de l'élément gommeux. Au centre de chaque saillie qui bombait à la surface de la tumeur, nous constatons

alors un ou plusieurs foyers gommeux, dont l'aspect peut être variable suivant le degré d'ancienneté de la lésion. C'est ainsi que les gommes récentes ont une surface de section relativement homogène, grisâtre ; tandis qu'au centre des gommes d'un certain âge on trouve la caséification dont les degrés plus ou moins accusés peuvent donner lieu à différentes teintes concentriques. Gommes nouvelles et gommes anciennes sont entourées d'une coque fibreuse épaisse, qu'on ne peut pas énucléer, parce qu'elle fait corps en dedans avec le tissu gommeux et qu'elle s'enfonce d'autre part au dehors par des tractus conjonctifs qui se perdent insensiblement dans l'épaisseur du parenchyme hépatique.

La sclérose qui accompagne pour ainsi dire toujours les gommes, en travées ou en ilots, achève de les rendre impossibles à énucléer.

Telle est la configuration des lésions hépatiques scléro-gommeuses formant tumeur, pédiculées ou sessiles.

Il nous reste à dire un mot du foie dont ces tumeurs se sont pour ainsi dire détachées. En général, l'organe présente les mêmes altérations que les portions formant tumeur, mais il les présente à un degré moindre. Certaines régions du parenchyme peuvent d'ailleurs être respectées par le processus scléro-gommeux.

2° *Etude histologique.* — De l'examen microscopique des coupes pratiquées en différents points des

tumeurs, d'une part au niveau des régions gommeuses, d'autre part dans les zones scléreuses, et enfin au niveau du parenchyme hépatique demeuré en apparence sain, on peut tirer les quelques considérations générales suivantes : d'abord la dégénérescence amyloïde est pour ainsi dire la règle ; elle est discrète ou généralisée et, dans ce dernier cas, envahit la totalité des lobules.

La gomme pure n'existe pas. Elle est toujours associée à la sclérose.

Les gommes peu développées contiennent des cellules encore vivantes, tandis que les cellules subissent la dégénérescence granulo-graisseuse dans les gommes plus développées.

Le tissu scléreux est parsemé de cellules rondes ; on le trouve dans les espaces portes rayonnant autour des travées conductrices avec prolongements pédiculés dans les lobules adjacents.

En d'autres points, le tissu fibreux ressemble, quant à la forme, à celui des cirrhoses alcooliques, avec cette différence qu'ici la cirrhose n'est pas bi-veineuse.

Les rameaux portes et les artérioles hépatiques présentent des lésions de périphlébite et endophlébite, et de péri-artérite et endartérite, d'où oblitération vasculaire et production de foyers de nécrose. Pour MM. Marfan, Toupet, Darier, le tissu fibreux qui se trouve autour du centre caséifié d'une gomme serait du tissu épargné par la nécrose, et non, comme on le croit

généralement, une réaction du tissu sain vis-à-vis de la gomme.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur la description histologique des lésions, renvoyant pour de plus amples détails à l'examen histologique complet que nous donnons à la suite de chacune de nos observations personnelles. Ces différents cas sont d'ailleurs, pour ainsi dire, calqués les uns sur les autres et peuvent se résumer ainsi : 1° Dégénérescence amyloïde très accusée sur certains points ; 2° Gommes de volumes divers semées au hasard des coupes en pleins îlots amyloïdes, circonscrites par une zone inflammatoire embryonnaire discrète, ou par un tissu conjonctif adulte fibreux ; 3° Sclérose interstitielle surtout accentuée au niveau des espaces portes grands et moyens. On peut rencontrer également quelques cellules géantes dans le tissu cellulaire qui avoisine les petites gommes.

En somme, les tumeurs syphilitiques opérées présentent la texture classique du foie scléro-gommeux, avec cette particularité que les lésions cellulaires fines sont plus nettes étant donné qu'on a pu examiner les pièces fraîches.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Les tumeurs syphilitiques du foie se traduisent par le même ensemble symptomatique, comme aussi elles affectent sensiblement la même conformation anatomique, qu'il s'agisse, au point de vue étiologique, de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise. C'est pour cette raison que nous ne croyons pas devoir étudier séparément l'histoire anatomique et clinique des scléro-gommes hépatiques, que l'affection génératrice ait été transmise par l'hérédité ou qu'elle ait été acquise par contagion.

Il est du reste inutile d'ajouter que la syphilis héréditaire tardive est seule susceptible de donner naissance, au niveau du foie, à des tumeurs opérables, et que nous laissons complètement de côté la syphilis héréditaire du nouveau-né.

Cela posé, comment se manifestent d'habitude les tumeurs scléro-gommeuses du foie ? Leur début est toujours latent. Ce n'est que progressivement, peu à peu, que ces tumeurs arrivent à déterminer un ensem-

ble de signes qui attirent l'attention du clinicien du côté de la région hépatique.

C'est d'abord une sensation de gêne, de pesanteur qu'accusent les malades, en même temps qu'ils se plaignent d'une augmentation légère de volume du ventre au niveau du flanc droit ou de la région épigastrique : c'est plutôt un malaise qu'une véritable douleur. Des troubles digestifs passagers peuvent faire leur apparition. Parfois les douleurs sont réelles et incommodent les malades, partant de la région de l'hypocondre droit, et pouvant irradier vers les régions voisines.

Si, invité par ces phénomènes subjectifs, le médecin explore l'abdomen, il est parfois surpris de rencontrer une énorme tuméfaction irrégulière de la région du foie ; la lésion, en pareil cas, ayant évolué d'une façon fruste et presque latente.

A la période d'état, l'appétit a souvent tout à fait disparu ; les troubles fonctionnels que nous avons énumérés s'accusent ; les digestions se font de plus en plus péniblement, et souvent l'on note de la constipation et même des vomissements. Les mouvements respiratoires, la marche réveillent les douleurs ou les exaspèrent, et bientôt les malades doivent garder le repos, qui n'arrive pas toujours à calmer leurs souffrances.

L'ictère a été rarement observé dans les lésions gommeuses du foie syphilitique ; quand il existe, il est dû à la compression des canaux biliaires par la tuméfaction des ganglions lymphatiques ou par une cicatrice

étendue ; ou bien encore par la périhépatite membraneuse qui enserre le foie.

L'ascite, noté par Schutzenberger, Virchow, Leudet, Lancereaux, s'explique par la compression qu'exercent les fausses membranes résistantes qui enveloppent le foie tout entier ; ou la compression des ramifications capillaires des branches ou du tronc de la veine porte par des gommes ou cicatrices fibreuses. L'ascite se présente avec les mêmes caractères que dans la cirrhose-atrophique alcoolique : ventre globuleux, réseau veineux sous-cutané ; refoulement du diaphragme ; parfois même œdème des membres inférieurs et du scrotum. L'ascite est stable, rebelle aux ponctions. M. Fournier l'a trouvée constante.

La peau est plombée, jaunâtre, sèche.

On note de la difficulté de la respiration, à la suite d'adhérences fortes qui s'établissent entre le diaphragme et la base des poumons.

Il y a de la glycosurie alimentaire, très souvent de l'albumine, et souvent les urines sont chargées d'urobiline.

La palpation, parfois difficile par la contraction de la paroi, revèle une tumeur plus ou moins arrondie, lisse, régulière, assez dure.

Le toucher est quelquefois très douloureux, d'autres fois indolént. La tumeur est souvent mobilisable dans le sens latéral. Elle est parfois unique. On peut trouver dans d'autres cas des bosselures multiples. La conti-

nuité des tumeurs avec le reste du foie est parfois sentie par la palpation. La percussion donne une matité qui peut descendre jusqu'à la crête iliaque. D'autres fois il existe une zône de sonorité, entre le foie et la tumeur, phénomène qu'on explique par la présence d'une fausse membrane qui enveloppe, parfois, le foie tout entier, d'autres fois reste localisée à un seul lobe. Il s'ensuit parfois une atrophie du lobe enserré. Mais en général la matité de la tumeur se continue sans interruption avec la matité hépatique.

La tumeur suit les mouvements d'ascension et de descente du diaphragme au cours de la respiration. L'œil, ou mieux encore le palper, permettent de suivre ce déplacement rythmique.

L'hypertrophie de la rate est la règle.

Le diagnostic des tumeurs syphilitiques du foie comporte deux temps. Il faut établir d'abord qu'il y a tumeur du foie et en second lieu que cette tumeur hépatique est de nature syphililique.

Le diagnostic de tumeur en relation avec le foie sera basé sur les éléments cliniques que nous avons énumérés et en particulier sur les signes fournis par l'examen physique : Tumeur de l'épigastre ou du flanc droit, faisant saillir la paroi abdominale à ce niveau, mobile le plus souvent dans le sens latéral, montant et descendant lors des mouvements respiratoires ; tumeur lisse ou plus bosselée et irrégulière, indolente à la palpation et constituant parfois une véritable trouvaille, tellement

les signes fonctionnels ont peu attiré l'attention du malade et du médecin.

On ne confondra pas ces tumeurs hépatiques avec des néoplasmes de voisinage et en particulier le cancer du pylore, qui s'accompagne de signes généraux et fonctionnels qui le font généralement reconnaître. On éliminera les tumeurs du rein, les kystes de l'ovaire, les fibromes utérins, cette dernière erreur ayant été commise dans un cas de M. Segond.

Des lésions du foie peuvent donner lieu à une hypertrophie générale ou partielle de l'organe, sans qu'il y ait tumeur à proprement parler. Nous avons en vue les différentes variétés de cirrhose, alcoolique, cardiaque, paludéenne, etc. En particulier, le cirrhose alcoolique à forme hypertrophique peut donner lieu à une augmentation notable du lobe gauche du foie et prêter ainsi à confusion avec la variété de lésion qui nous occupe. Mais en pareil cas les multiples signes qui accompagnent la cirrhose nous permettront d'éviter l'erreur.

Les tumeurs de la rate, comme le kyste hydatique, par exemple, et surtout la variété abdominale de ce kyste (Dieulafoy), occupent l'hypocondre et le flanc gauches et sont séparées du foie par une zone sonore étendue et nette.

Le diagnostic de tumeur du foie étant posé, il s'agit maintenant d'établir la nature syphilitique de la lésion. La chose est relativement facile quand l'interrogatoire du malade ou l'examen complet de sa peau, de ses muqueu-

ses montre la coexistence d'une lésion relevant nettement de la syphilis acquise ou héréditaire. Mais souvent il faut fouiller dans le passé pour trouver des traces de la maladie vénérienne. Celle-ci peut remonter à 10, 15, 20, 25 ans, plus loin encore, dans les cas où il s'agit de syphilis héréditaire. Très souvent aussi, toute trace de syphilis antérieure manque, et l'on conçoit alors combien sont augmentées les difficultés du diagnostic étiologique.

L'amaigrissement, la perte des forces sont des symptômes communs à la syphilis et au cancer du foie. Le cas est surtout difficile quand il s'agit d'un cancer né dans le vésicule biliaire, et propagé au parenchyme hépatique avoisinant. On sait, en effet, que c'est dans cette région, de chaque côté du ligament suspenseur du foie, que siègent de préférence les tumeurs gommeuses du foie. Il faut alors se guider sur l'atteinte de l'état général, qui est toujours plus profonde dans le cancer que dans la syphilis ; sur l'évolution de la lésion qui est plus rapide dans le cancer ; et sur la recherche des ganglions sus-claviculaires gauches qui ne s'hypertrophient pas dans la syphilis tertiaire, tandis que dans les cancers abdominaux, ils augmentent de volume et constituent le signe de Troisier.

Le kyste hydatique de la face antéro-supérieure du foie, et principalement le kyste du lobe gauche, se reconnaîtra à sa latence, à sa forme arrondie, à la conservation de l'état général du malade. On aura soin de ne

pas recourir, en pareil cas, à la ponction exploratrice qui n'est pas sans danger, comme l'a démontré M. Chauffard et qui n'est permise que si l'on est prêt à évacuer la totalité du liquide, comme l'a démontré M. Dieulafoy. La cholécystite, en particulier la cholécystite calculeuse, se fera diagnostiquer par les phénomènes douloureux, fébriles, par les antécédents. Le diagnostic sera plus difficile au cas où les calculs séjournant dans la vésicule ne détermineront qu'une réaction sourde et surtout lorsque la lithiase du cholécyste amènera avec elle un prolongement linguiforme de tissu hépatique qui simulera, à tout point de vue, la tumeur.

La difficulté sera encore plus grande lorsqu'il s'agira de lobe flottant du foie, le siège de ces lobes surnuméraires étant souvent, comme l'a exposé M. Dieulafoy dans une leçon clinique encore inédite, le même que celui des tumeurs syphilitiques.

Dans bien des cas, la laparotomie exploratrice pourra seule permettre de reconnaître avec exactitude la nature de la tumeur hépatique. Mais on n'y aura recours qu'en dernière extrémité et chaque fois que l'on soupçonnera la syphilis on instituera de suite le traitement antisyphilitique qui, à lui seul, pourra souvent faire lever tous les doutes par la netteté et la rapidité de son action.

C'est dire que le traitement des tumeurs scléro-gommeuses du foie est et doit rester avant tout un traitement médical. Si la résection opératoire a récemment donné entre les mains des chirurgiens quelques succès

encourageants, il n'est pas défendu de penser que le traitement médical eut abouti au même résultat. D'autant plus que l'excision d'une tumeur pédiculée ou sessile est sans action sur les lésions hépatiques restantes et que les autopsies ont montré que ces dernières sont souvent plus importantes que celles qui formaient tumeur opérable.

Mais pour être vraiment efficace le traitement médical devra être rationnel, c'est-à-dire intensif et prolongé. On donnera le mercure en injections profondes, de préférence la solution huileuse de bi-iodure d'hydrargyre, suivant la formule de M. Panas et suivant la pratique de M. Dieulafoy. L'iodure de potassium est aujourd'hui de plus en plus abandonné dans la thérapeutique de la syphilis. Etant donné la richesse en tissu fibreux de ces tumeurs hépatiques tertiaires, il y aurait peut-être lieu de le prescrire ici en même temps que les injections mercurielles. L'avenir seul montrera si, dans un cas donné, le mercure pourrait suffire à « faire fondre » une tumeur scléro-gommeuse du foie.

OBSERVATIONS

—

Observation I

Abbe. (Cité par Elliot, *in Transactions of the americ. surgical Association, 1897.*)

Tumeur syphilitique du foie (l'auteur ne donne point d'autres renseignements).

Extirpation. Guérison.

Observation II

Bastianelli. (*Policlinico*, 1895.)

Femme de 37 ans. Dans le côté droit de l'abdomen existait une tumeur paraissant appartenir au rein ; elle en avait la forme et trois fois le volume ; elle se déplaçait sous la main et suivait le mouvement respiratoire.

Diagnostic : Néoplasme du rein.

Incision de la paroi abdominale : tumeur ovoïde, grosse comme les deux poings, rattachée par une base mesurant trois doigts d'épaisseur à la face inférieure du foie. On fit sortir la tumeur de l'abdomen, on appliqua une ligature élastique sur sa base traversée par deux tiges métalliques, et on sutura le feuillet viscéral au feuillet pariétal du péritoine, puis on fit l'ablation.

Hémorrhagie peu importante, traitée par la compression et le thermo-cautère. Le huitième jour on a enlevé les aiguilles ; le quatorzième, la ligature élastique. Cicatrisa-

tion de la plaie par granulation. La tumeur était une gomme, du poids de 750 grammes.

Guérison. Un an plus tard, la guérison était parfaite.

Observation III

Hochenegg et Albert. (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 1890.)

Femme de 27 ans.

Depuis un an, douleurs aiguës dans la région sous-costale gauche et dans la poitrine. Six mois plus tard apparaît une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans la région sous-costale droite. Les douleurs deviennent intolérables. A la palpation, tumeur du volume du poing, dure, unie, légèrement mobile, s'abaissant avec les mouvements respiratoires et paraissant venir du foie.

Diagnostic : Tumeur du foie.

Laparotomie. Incision sur la tumeur. Celle ci siégeait sur le bord du lobe droit ; on put l'amener au dehors avec le foie. On enleva avec le thermo-cautère un morceau ovale de tissu hépatique normal situé en avant de la tumeur, puis avec des crochets, des pinces et des instruments émoussés, on énucléa peu à peu cette dernière du foie. Ce procédé réussit bien, car il y avait entre le tissu du foie et celui de la tumeur une capsule résistante. La cavité provenant de l'énucléation donnait beaucoup de sang et fut tamponnée à la gaze iodoformée.

La malade quitta la clinique le 45e jour.

Il s'agissait d'une gomme du foie, mesurant 8 cent. de diamètre.

Guérison. Les douleurs disparurent et la malade augmenta de poids.

Observation IV

Lauenstein. (*Beilage zur Centralblatt fur Chirurgie*, 1890)

Femme de 40 ans. Laparotomie. Volumineuse tumeur

mobile, provenant du lobe de Spiegel. Syphilôme du foie. Mort le 12e jour après l'opération à la suite de septicémie.

Observation V

Mikulicz. (Cas inédit cité par Kousnetzoff et Pensky, 1896.)

Femme de 29 ans. Tumeur datant de 6 mois. Douloureuse spontanément et à la palpation. Le traitement antisyphilitique fut institué sans succès. Le diagnostic probable était : Gomme ou adhérence du foie.

On pratique la laparotomie. La tumeur, un peu plus grosse qu'un poing, partait du lobe gauche. On l'enlève à la curette tranchante.

Il s'agissait d'un syphilôme du foie.

L'opération fut suivie de guérison.

Observation VI

Schmidt. (XXIIe Congrès allemand de Chirurgie.)

Femme de 37 ans. Au niveau de l'ombilic, tumeur dure, bosselée, mobile, suivant les mouvements respiratoires. Diagnostic : tumeur carcinomateuse ou tuberculeuse du colon transverse. On pratique la laparotomie médiane. La tumeur est fixée par un court pédicule au lobe gauche du foie.

C'était une gomme. 12 jours après l'opération il fallut faire une autoplastie pour combler la brèche faite à la peau. La guérison fut ainsi obtenue.

Observation VII

Tillmans (1890).

Femme de 40 ans. Mauvais état général. Pas de signes de syphilis. Diagnostic de sarcome du foie.

A l'opération, la tumeur du volume d'un œuf d'oie,

fut considérée comme tumeur hépatique avec quelques réserves.

Le microscope en démontra la nature syphilitique.

Guérison.

Observation VIII

Tricomi. (Congrès de Rome, 1894.)

Femme de 45 ans, sans antécédents syphilitiques, qui avait des douleurs de l'hypochondre droit depuis 2 ans, et qui sentit une tumeur se développer lentement, sans ictère, ni troubles digestifs ; tumeur dure, à surface lisse, du volume d'une orange, se continuant avec le foie dont elle est séparée par un sillon ; tumeur mobile de gauche à droite, et suivant les mouvements respiratoires.

On pratique la laparotomie en faisant une incision parallèle au rebord costal et l'on trouve une tumeur pédiculée du foie, adhérente aux intestins. Le pédicule est étreint au moyen d'un lien élastique, puis deux lambeaux sont taillés de façon à faire une excision des coins.

Il s'agit d'un syphilôme du foie.

Le cas se serait terminé par la mort.

Observation IX

Wagner. (*Bricht d'e Verhandlungen des XIX Chirurgien Kongresses.*)

Femme de 43 ans qui, au cours d'un grand affaiblissement, présente de l'ascite et une tumeur douloureuse très mobile dans la partie supérieure droite de l'abdomen ; tumeur de surface inégale qu'on aborde chirurgicalement, par une incision parallèle au rebord costal droit. Ecoulement de liquide ascitique. Tumeur de volume de trois poings réunis.

Elle est enlevée après destruction des adhérences. Il s'agissait d'un syphilôme. La mort survint par hémorrhagie, quelques heures après l'opération.

Observation X

Legueu. (Congrès de chirurgie 1901.)

Examen histologique inédit communiqué par M. le Dr Maurice Letulle.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui, l'année dernière en octobre, entrait à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi, que je suppléais. Des douleurs abdominales, une tumeur appréciable et un amaigrissement accentué l'amenaient à consulter.

Voici ce qui s'était passé : il y a six mois, elle avait commencé à ressentir quelques douleurs dans le ventre ; ces douleurs siégeaient du côté droit, se développaient surtout après le repas. En même temps, elle constatait la présence d'une tumeur dans le flanc droit.

A cette époque, l'état général était assez bon, il n'y avait pas d'amaigrissement. Mais, depuis quelques semaines, les douleurs sont plus vives et ont forcé la malade à s'aliter : les forces diminuent, l'amaigrissement est extrême ; cette malade est arrivée à un état voisin de la cachexie.

C'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital Broca, le 15 septembre 1900.

Elle est jaune de teint, et très émaciée. Son appétit est diminué, mais encore conservé. Elle ne vomit pas, et d'ailleurs n'a jamais vomi : mais elle se plaint de douleurs vives dans l'hypocondre droit, et ces douleurs attirent tout de suite notre attention de ce côté. Ces douleurs sont à peu près continuelles ; elles sont exagérées dans le décubitus horizontal et aussi par la marche.

Dans l'abdomen, en haut et à droite de l'ombilic, je trouve une tumeur difficilement appréciable, sous une paroi contracturée. Elle représente une masse arrondie, d'un diamètre de 12 centimètres environ dans le sens

transversal, assez dure, mate à la percussion, assez mobile, Elle semble séparée du foie par une zone sonore ; mobile dans le sens transversal, elle est plus difficile à mouvoir dans le sens vertical. Régulière de surface, elle est douloureuse au palper.

En présence de l'amaigrissement si considérable présenté par cette malade, en présence de cet affaiblissement, de ce teint jaune, je portai le diagnostic de néoplasme, de cancer. Mais quel était son siège? Cela me semblait difficile à dire. Le foie se séparait de la tumeur par une zone sonore; du côté de l'intestin, je ne trouvais aucun trouble fonctionnel. Enfin, l'estomac lui-même n'avait donné jusqu'alors ni mœlena, ni vomissements. Je pensai tout de même qu'il y avait un néoplasme latent de l'estomac, avec une tumeur secondaire développée dans l'épiploon. Mais, comme il y avait un doute dans mon esprit, je résolus de de ne pas refuser à la malade le bénéfice d'une laparotomie exploratrice.

L'opération fut faite le 5 octobre 1900. La malade fut endormie sous le chloroforme.

Laparotomie exploratrice latérale. — Le foie apparaît très altéré : à sa surface, une grosse tumeur, un gros noyau, comme serait un cancer, occupe la partie antérieure du lobe droit et même le lobe gauche. La tumeur est de couleur claire, ferme, dure à la coupe. Mais le foie est heureusement mobile, et on peut le sortir presque tout entier à l'extérieur.

Croyant toujours qu'il s'agit d'un cancer, je recherche sur le pylore, sur l'estomac, sur l'intestin, la lésion initiale, et ne la trouve pas. Puis, constatant que le cancer est après tout limité, qu'il n'y a pas de noyaux aberrants, en arrière, je me décide à l'enlever.

Pour cela, j'enlève d'abord la vésicule biliaire ; puis, celle-ci enlevée, je circonscris la partie du foie à enlever par une série de points de suture au catgut.

L'hémostase ainsi assurée, je coupe le fragment dégénéré du foie : ma section comprend une partie du lobe droit, allant presque jusqu'au sillon transverse, et une partie du lobe gauche, celle-ci moins importante.

L'hémostase étant parfaite, je fais un drainage à la gaze, pour le cas où les sutures ne seraient pas hermétiques. Puis je suture partiellement la paroi. L'opération avait duré trois quarts d'heure.

Les suites furent simples, apyrétiques. Au bout de quatre jours la mèche fut enlevée, et en quatre semaines la plaie fut fermée.

. . . .

Je crois qu'on peut, sans hésiter, croire ici à la syphilis. Cette malade cependant n'accuse aucun antécédent nettement syphilitique, mais le nombre des accidents obstétricaux qu'elle a eus est bien significatif ;

En 1887, première fausse couche de deux mois ;

En 1889, accouchement à terme d'un enfant qui mourut à trois mois et demi, de convulsions ;

En 1890, grossesse double : accouchement à terme d'un enfant qui meurt à six semaines ;

En 1891, accouchement prématuré à huit mois d'un enfant mort ;

En 1893, accouchement à terme, l'enfant meurt à quatre ans ;

En 1895, accouchement à terme d'un enfant qui meurt à deux ans, du croup.

En 1898, accouchement à terme d'un enfant vivant et qui depuis lors reste bien portant.

Dans ces conditions, je crois qu'on peut et qu'on doit intituler cette observation : *Syphilis hépatique.*

Examen histologique.

Sur les coupes du fragment du foie opéré, on constate l'existence d'une cirrhose ancienne extrêmement étendue,

presque généralisée à la totalité de la coupe observée. Cette cirrhose est caractérisée par l'existence de travées fibreuses, courtes, sinueuses, entremêlées dans tous les sens, et moyennement chargées d'éléments cellulaires, fusiformes.

De place en place, on reconnaît quelques espaces portes avec la veine porte large, béante, quelquefois au contraire rétrécie ou même oblitérée.

Sur les coupes colorées à l'hématéine et l'éosine, il est impossible de spécifier exactement la place et le nombre des veines sus-hépatiques, comme perdues au milieu des placards de tissu fibreux. Cette reconnaissance est d'autant plus difficile que d'innombrables néo-canalicules biliaires parcourent la cirrhose sans aucune topographie constitutive manifeste.

Au voisinage des points où quelques trabécules hépatiques sont reconnaissables, on constate tout d'abord que les lobules sont absolument déformés, ensuite qu'un grand nombre d'espaces intertrabéculaires sont gorgés d'éléments lymphatiques.

Enfin les espaces portes, mieux accessibles en ces points que dans les régions cirrhotiques, se montrent également infiltrés en masse, par d'innombrables cellules blanches, mono-nucléaires pour le plus grand nombre.

Ces éléments inflammatoires dissèquent littéralement les organes fondamentaux des espaces portes et diffusent le long des espaces intertrabéculaires adjacents. Dans ces mêmes régions encore relativement respectées, les néo-canalicules biliaires se montrent, en certains points, isolés, entourés d'une simple bande de tissu inflammatoire pur, richement nucléé.

Le groupement de quelques-uns de ces ilots inflammatoires donne bientôt lieu à la formation de petites gommes miliaires microscopiques constituées à leur centre, tantôt par une cellule géante volumineuse, tantôt par quelques

taches caséeuses très discrètes et simplement contiguës les unes aux autres, non encore fondues en un bloc uniforme. Parfois même, il est possible de trouver entre deux ou trois trabécules écartées, une cellule géante plus ou moins volumineuse qui semble comme perdue au milieu d'un ou deux espaces intertrabéculaires ; dans ce cas, on peut reconnaître que ces trabécules qui l'entourent se sont disposés en cercle autour d'un vaisseau sanguin en voie d'oblitération.

Pas traces de bacilles tuberculeux.

Les coupes colorées à l'orcéine, pour l'étude du tissu élastique, montrent quelques détails intéressants :

La quantité de fibres élastiques contenues dans les régions gommeuses est relativement peu considérable.

Cependant les travées fibreuses qui entourent les masses caséeuses sont parsemées de placards élastiques manifestement accumulés autour des vaisseaux sanguins et biliaires fondamentaux.

On y reconnaît en outre, grâce à leur squelette élastique finement dessiné par l'orcéine, un certain nombre de grosses veines sus-hépatiques totalement oblitérées par une endophlébite végétante ancienne.

Sur quelques points, la masse gommeuse est contiguë à un moyen espace porte, protégé encore de la destruction nécrobiotique par une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctivo-vasculaire fibreux, riche en cellules géantes. La veine porte logée dans cet espace s'y montre totalement oblitérée par une endophlébite végétante déjà ancienne.

Observation XI

Legueu. (Congrès de chirurgie, 1901.)

Examen histologique inédit par M. le Dr Maurice Letulle.

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, que j'ai opérée tout dernièrement, en août 1901, à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade venait à l'hôpital pour des douleurs abdominales qu'elle ressentait depuis quelque temps, en même temps qu'elle perdait ses forces.

A l'examen de l'abdomen, on trouve les deux reins mobiles, mais au devant du rein droit, lorsqu'il a été d'abord fixé dans sa situation normale, on sent une volumineuse tumeur. Celle-ci correspond au bord externe du muscle droit et à la région de la vésicule biliaire : elle est lisse, régulière et arrondie. Elle est peu douloureuse au toucher ; elle se déplace avec les changements d'attitude, mais conserve toujours son point d'attache, comme un large pédicule, dans la région hépatique.

Cette tumeur semblait faire partie intégrante du foie ; je pensai qu'elle était constituée par la vésicule biliaire dilatée et kystique.

Le passé de notre malade n'était guère de nature à nous éclairer.

A l'âge de dix-huit ans, elle avait eu des accès d'épilepsie pour lesquels elle avait été soignée à Sainte-Anne : depuis lors, ces attaques se renouvellent à peu près régulièrement tous les mois.

Il y a une vingtaine d'années, la malade a eu un ictère et des attaques de coliques hépatiques, qui ne se sont pas reproduites depuis.

Elle nie tout accident syphilitique : elle n'a eu aucune éruption, mais elle a perdu ses cheveux et a des céphalées nocturnes. Il y a deux ans d'ailleurs, elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur siégeant à la partie antérieure du cou ; cette tumeur disparut par des frictions mercurielles et par le traitement ioduré.

Depuis cinq ou six ans, la malade se plaint de douleurs dans l'hypocondre droit ; ces douleurs coïncident avec des périodes durant lesquelles la miction est difficile : la malade reste parfois vingt-quatre heures sans uriner, d'autres fois elle urine toutes les dix minutes. Son urine est

souvent très colorée. Ces phénomènes sont sous la dépendance du rein mobile.

Mais en est-il de même des douleurs dont elle se plaint actuellement, et de la tumeur qu'elle présente? Non; la tumeur est absolument indépendante du rein, elle fait partie du foie, et bien qu'il n'y eût que peu de symptômes, je crus qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire et j'opérai le 9 août 1901.

Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit.

L'abdomen ouvert, je vois un lobe flottant du foie, largement pédiculé, sur la partie droite du lobe droit. La vésicule biliaire est indemne, non dilatée; mais, à la face inférieure du lobe flottant, je trouve deux épais noyaux fibreux, un peu comme des noyaux de cancer; je suppose que ce sont des noyaux de syphilis et je me propose d'exciser tout le lobe flottant.

Je place trois points en U, et, après avoir fait une hémostase partielle, j'excise toute la partie exubérante du foie avec les noyaux qu'elle contient. L'hémostase est ensuite complétée; une seule artère continue à saigner, elle est liée isolément; le moignon hépatique est réduit et par précaution je laisse une mèche de gaze.

Je suture partiellement la plaie abdominale; l'opération a duré à peine une demi-heure.

La malade a supporté très bien cette opération; les suites furent simples et apyrétiques. La mèche fut retirée au quatrième jour et remplacée par un drain, qui fut maintenu une dizaine de jours.

La malade quitta l'hôpital au bout de quatre semaines.

Examen histologique.

Sur les coupes passant à travers le fragment opéré on trouve plusieurs faits importants.

Tout d'abord existe une déformation considérable de la

masse des lobules hépatiques sectionnés presque tous par d'innombrables travées fibreuses, irrégulières comme épaisseur et comme étendue.

Ces travées fibreuses sont, d'une façon générale, déchiquetées ; en certains endroits, leurs bords s'écartent en laissant entre eux des intervalles à l'intérieur desquels se sont logées des masses gommeuses absolument caractéristiques.

Ces gommes sont composées à leur centre d'un tissu nécrobiotique, amorphe en grande partie, mais non homogène : l'hématéine-éosine colore en rose jaunâtre sale ce tissu mortifié, au milieu duquel passent des travées filamenteuses irrégulières, entremêlées à des détritus granuleux dans lesquels il est à peu près impossible de reconnaître, par cette technique, trace d'éléments cellulaires. De place en place cependant, on aperçoit encore quelques rares noyaux de leucocytes allongés, déformés, qui s'infiltrent entre les éléments caséeux en question.

Les bords des masses gommeuses sont facilement reconnaissables à une bande assez épaisse d'éléments cellulaires dont les noyaux allongés, déformés, souvent fragmentés, ont un aspect suffisamment caractéristique. De nombreuses cellules lymphatiques s'intercalent à ces cellules contitutives de bordure.

Sur un grand nombre de points, au voisinage de cette palissade péri-gommeuse, on rencontre de nombreuses cellules géantes, de forme et de dimensions les plus variées. Ces cellules géantes, dont quelques-unes sont absolument arrondies et semblent bien s'être formées aux dépens d'un vaisseau sanguin oblitéré, contiennent un protoplasma granuleux dans lequel la recherche des bacilles tuberculeux a été toujours négative.

Tout autour des placards gommeux, le parenchyme hépatique est enflammé chroniquement. Les trabécules hépatiques qu'on y rencontre de place en place sont disloquées, tantôt par des globules blancs, nombreux, d'ordre

varié, tantôt par des traînées conjonctivo-vasculaires déjà en voie d'organisation fibreuse.

D'innombrables néo-pseudo-canalicules biliaires parsèment le tissu conjonctif enflammé intercalé aux lobules hépatiques.

Sur les coupes traitées par l'orcéine, on trouve un nombre considérable de fibres élastiques accumulées au niveau des espaces-portes de différentes dimensions.

Un grand nombre de veinules sus-hépatiques sont également le siège d'une hypergenèse élastique intense. Nombre d'entre ces vaisseaux sont rétrécis ou même oblitérés à la suite d'une endo-phlébite végétante ancienne.

Les masses gommeuses sont, d'une façon générale, dépourvues de tissu élastique, du moins au centre de leurs amas caséeux ; cependant à la périphérie d'un certain nombre de grosses gommes, on reconnaît sans peine le squelette élastique de grosses veines oblitérées et caséifiées.

Dans un certain nombre de grands espaces-portes, on découvre des veines portes atteintes d'endophlébite végétante et presque oblitérées.

Observation XII

Dr Tuffier. *Gommes multiples du foie.*

Examen macroscopique et microscopique par M. le Dr Maurice Letulle

Il s'agit d'une femme d'un certain âge, présentant au niveau de l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, de la grosseur d'une tête de nouveau-né.

Cette tumeur débordait sur la région épigastrique. La percussion donnait une zone de sonorité entre la tumeur et le foie.

Après avoir décidé l'ablation de la masse, M. Tuffier, ayant ouvert le ventre, reconnut qu'il s'agissait du lobe gauche du foie, extrêmement déformé, entouré d'adhérences

anciennes. La tumeur hépatique était nettement pédiculée. M. Tuffier, après avoir entouré le pédicule d'un fort drain en caoutchouc, sectionna la masse saillante au-devant la ligature.

Après l'autopsie, on reconnut que la portion du foie enlevée représentait tout le lobe gauche et une petite portion du lobe droit.

Examen de la pièce opérée

I. — Le fragment de foie qui nous a été remis une heure après l'opération est constitué par une masse irrégulièrement arrondie du côté libre, plane du côté de la section.

Son volume équivaut à peu près à celui d'un petit melon, ses dimensions sont les suivantes :

En hauteur 19 centimètres.

En largeur 13 cent. 1/2.

En épaisseur 10 à 12 centimètres.

Le poids est d'environ 400 grammes.

La face antérieure, libre, recouverte par le péritoine hépatique, n'est pas lisse, mais couturée de dépressions cicatricielles (Fig. 1) linéaires divisant cette face en 3 ou 4 masses lobulées assez distinctes. Ces sillons, ainsi tracés à la surface du foie, s'enfoncent profondément dans le parenchyme hépatique, ainsi qu'on peut le voir sur le bord droit de la figure, le long du centimètre tracé sur la photographie. Cet aspect ficelé de la surface du foie est suffisamment caractéristique pour faire penser à une altération syphilitique. La certitude devient complète lorsqu'on examine le fragment sur sa face postérieure (Fig. 2). En effet au milieu des incisions qui ont été tracées sur l'organe frais, on trouve, de place en place, des masses cicatricielles et souvent caséeuses, dont le plus remarquable correspond à l'incision de gauche, visible sur la figure 2. Là, en effet, existe un énorme bloc caséeux ayant au moins 7 centimètres de haut sur 5 de large (sur la photographie la moi-



Fig. 1.

Fragment de foie gommeux amputé. (Vue de face.)

tié droite a été extirpée en vue de l'examen microscopique).

Dans les autres parties du foie on rencontre d'autres masses gommeuses isolées, dont les plus volumineuses atteignent 25 millimètres de diamètre. Toutes, y compris celles qui font saillie sous le péritoine, sont entourées de zones cicatricielles blanches, plus ou moins épaisses, envoyant dans le parenchyme hépatique adjacent des prolongements irréguliers, divergents, en continuité plus ou moins apparente avec les vaisseaux fondamentaux de la région.

II. — L'autopsie ayant été pratiquée avec le plus grand soin, le foie me fut également confié. Il se présentait avec tous les caractères du foie syphilitique ficelé. La surface de l'organe est couturée de cicatrices profondes, irrégulières. De nombreuses adhérences rattachaient le foie au diaphragme du côté droit. Sa portion antérieure et latérale gauche, siège de l'opération chirurgicale et faisant saillie à l'épigastre, montre une vaste plaie hépatique haute d'environ 12 centimètres, large de 10 centimètres, au niveau de laquelle le parenchyme sectionné, d'un brun grisâtre, terne, forme une sorte de vaste choux-fleur convexe dans tous les sens et sur les bords duquel on peut reconnaître le péritoine hépatique coupé à pic.

A 4 centimètres environ en arrière de cette saillie d'aspect fibrinoïde et manifestement nécrosée, on trouve un lien élastique volumineux, enserrant totalement le chou-fleur hépatique décrit plus haut et formant ainsi un pédicule large environ de 7 centimètres dans tous les sens, au-dessous duquel avait été extirpée la portion du foie considérée comme tumorale.

En arrière de ce lien élastique, le foie est gorgé de masses gommeuses innombrables, d'un jaune gris terne, surtout accumulées, semble-t-il, vers la surface. Le reste du parenchyme est couturé de travées cicatricielles entremêlées à de nombreuses gommes miliaires.

Le reste de l'autopsie ne montre aucune trace de lésions



Fig. 2.

Fragment de foie gommeux amputé. (Vue de dos.)

pouvant se rattacher à la syphilis. Il existe seulement à la partie moyenne du duodénum un petit polype muqueux.

La rate est le siège d'une dégénérescence amyloïde extrêmement avancée, affectant la totalité de la pulpe et frappant surtout les petits vaisseaux et les follicules lymphatiques. Les gros vaisseaux paraissent à peu près intacts. Aucune trace de lésions gommeuses, non plus que de travées cicatricielles fibreuses, dans la pulpe splénique. Les colonnes fibreuses soutenant le tissu interstitiel ne paraissent pas notablement épaissies.

Examen microscopique

I. — *Partie du foie non opérée.* — Sur les coupes microscopiques, le foie, examiné à un faible grossissement, montre deux séries de lésions bien distinctes :

1° Une *dégénérescence amyloïde* extrêmement étendue, en certains endroits du moins, où elle a envahi la totalité des lobules.

2° Une *nécrose insulaire du parenchyme hépatique*, par îlots circonscrits répondant précisément aux placards gommeux décrits à propos de l'étude macroscopique.

Ces deux séries de lésions s'enchevêtrent sur certains points d'une manière extrêmement irrégulière.

En d'autres régions, les îlots gommeux semblent isolés du reste du parenchyme hépatique par de larges bandes fibroïdes, denses, parsemées de néo-canalicules biliaires reconnaissables à la disposition parallèle et sur deux rangs des petites cellules épithéliales qui circonscrivent une cavité minime.

Sur plusieurs points, les travées fibreuses périgommeuses contiennent de larges traînées d'éléments lymphatiques infiltrés dans les espaces interstitiels.

Quelquefois même ces éléments inflammatoires s'accumulent en quantité considérable sur le bord des placards nécrobiotiques de façon à cacher presque complètement



Fig. 3.

Gomme du foie, grosst. 12, colorat. à la thionine.
Variation de teintes dans les masses caséeuses.

le tissu de soutènement interstitiel qui entoure la gomme caséifiée.

Quand on étudie à un fort grossissement les tissus dans les régions gommeuses, sur les coupes colorées à l'hémato-xyline-éosine, on est frappé de la disposition aréolaire des portions gommeuses un peu étendues.

Cette disposition aréolaire correspond à la présence de masses amyloïdes encore reconnaissables et enclavées au milieu des parties nécrobiotiques.

Sur les coupes colorées au violet de Paris, comme sur celles montées dans la gomme iodée, la démonstration en est tout à fait saisissante.

Sur nombre de coupes on trouve des petites gommes enfouies au milieu du tissu fibreux. Auprès de l'une d'elles se trouve une cellule géante très grosse, couronnée d'une quarantaine de noyaux et mesurant :

$$\frac{\text{Obj 2}}{\text{ocul. 8}} = 47\mu,6.$$

Dans les régions éloignées des masses gommeuses, les lobules hépatiques apparaissent dissociés pour la plupart par des lésions inflammatoires chroniques. Les trabécules hépatiques se montrent coupées en fragments très courts, très irréguliers, par des bandes de tissu inflammatoire riche en éléments lymphatiques. Sur un grand nombre de points, il est facile de constater la continuité directe entre quelques-uns de ces tronçons de trabécules et les nombreux pseudo-canalicules biliaires parsemant le tissu fibreux.

Les cellules hépatiques contenues encore dans les trabécules paraissent petites. Leur protoplasme est un peu granuleux; les noyaux sont volumineux, pâles. Un petit nombre montre leur chromatine dense, vivement colorée par l'hématéine.

Les capillaires sanguins interposés à ces trabécules encore intacts ne sont pas amyloïdes. La dégénérescence

amyloïde existe cependant, plutôt discrète, au milieu des travées fibreuses gorgées de pseudo-canalicules biliaires.

Dans ces mêmes régions relativement conservées, les vaisseaux sanguins paraissent peu touchés.

Dans les zones où la matière amyloïde est le plus abondante, on ne trouve plus, pour ainsi dire, trace de trabécules hépatiques.

Seuls, quelques néo et pseudo-canaliculaires biliaires parsèment encore les interstices tracés entre les blocs amyloïdes.

Au milieu des placards gommeux eux-mêmes vus à un fort grossissement, on n'aperçoit plus trace d'éléments histologiques, à part quelques rares leucocytes encore colorables et logés dans des espaces vaguement reconnaissables au milieu des tissus mortifiés.

Les ilots amyloïdes restant encore décelables au milieu du tissu nécrobiotique ont une forme habituellement arrondie ; les blocs qui les composent sont d'ordinaire fendus à leur partie centrale, montrant la trace encore béante des vaissaux capillaires autour desquels la matière amyloïde s'était déposée.

II. — *Fragment extrait par l'opération.* — Les coupes passant à la surface de la masse hépatique opérée au milieu des saillies et des dépressions cicatricielles signalées sur la pièce macroscopique montrent une disposition des lésions notablement différente de celles décrites plus haut, à propos des régions centrales du foie et en particulier de la portion située au-dessus de la ligature élastique opératoire. Dans ces régions antérieures en effet, ce qui domine, c'est avant tout la confluence des masses gommeuses, ainsi que la richesse des travées cicatricielles fibreuses interposées aux gommes.

Sur les coupes, un grand nombre de lobules hépatiques apparaissent encore à peu près intacts, mais gorgés de sang, surtout au niveau des gros vaisseaux sus-hépatiques

de la région. Cette cyanose disséminée prédomine au voisinage de la section chirurgicale et paraît se rattacher à la ligature de la masse hépatique effectuée au cours de l'opération.

Dans presque toute l'étendue des coupes, les capillaires sanguins intertrabéculaires sont dilatés et refoulent les tronçons des trabécules.

Presque tous les espaces portes sont augmentés de volume et à la fois fibreux (cirrhose insulaire) et envahis par de nombreux éléments embryonnaires, preuve d'une inflammation subaigüe récente, périlobulaire, sans caractère spécifique pour le plus grand nombre des espaces observés.

Cependant, de place en place, il est facile d'y reconnaître l'existence de véritables gommes miliaires constituées de la façon suivante :

Un nodule plus ou moins régulièrement arrondi, inséré d'ordinaire au coin d'un espace porte moyen (dont les dimensions peuvent atteindre 900 μ, gorgés d'éléments inflammatoires lymphocytes coupes colorées au bleu polychrome), petits, avec un nombre presque nul de leucocytes polynucléaires. Au milieu de la masse ainsi formée, apparaissent quelques amas de substance mortifiée provenant de trabécules hépatiques désagrégées, difficilement reconnaissables ; enfin, de place en place, surtout sur les bords de la gomme miliaire, quelques vaisseaux capillaires perméables.

Tel est l'aspect général du nodule gommeux ; ses limites ne sont pas précises, ses bords se perdent peu à peu au milieu des trabécules voisines, disloquées, et dont les cellules hépatiques sont aplaties, comprimées par de nombreux lymphocytes infiltrés le long des capillaires intertrabéculaires.

Les espaces portes, même éloignés des ilots gommeux, présentent tous un caractère dominant : la sclérose de leur tissu conjonctif fondamental. Les canaux biliaires y sont

normaux ainsi que l'épithélium qui les tapisse. Les branches portes n'y paraissent pas épaissies d'une manière notable ; tandis que les artérioles hépatiques ont des parois épaissies, en particulier la membrane interne, qui limite ainsi une lumière toujours étroite.

La recherche du tissu élastique, sur ces coupes gommeuses donne les résultats suivants : *autour des grosses gommes*, le tissu fibreux qui leur forme une coque épaisse et irrégulière, apparait parsemé de grosses veinules oblitérées. Ces veinules sont faciles à reconnaître parce que leur squelette est conservé et finement dessiné par l'orcéine. Il est plus malaisé de déterminer, pour chacune d'elles, le système veineux, porte ou sus-hépatique, auquel elle appartenait.

Presque toutes, en effet, plongées dans un tissu cicatriciel dense et plus ou moins riche en éléments lymphatiques, s'y montrent seules, sans traces de canaux biliaires ou de vaisseaux artériels dans leur entourage. Pour un certain nombre d'entre elles, il est facile d'établir leur nature sus-hépatique, grâce à la forme ovalaire, allongée, de la cavité vasculaire comblée. La lumière de ces vaisseaux est occupée par un tissu conjonctivo-vasculaire végétant, assez riche en vaisseaux de nouvelle formation, et plus ordinairement fibrillaire, dense par endroits.

En plein tissu gommeux, on trouve, surtout dans les angles formés par la coalescence de plusieurs ilots nécrobiotiques, quelques tractus élastiques tantôt allongés, tantôt en ilots, quelquefois même permettant de reconnaître la coupe transversale ou modérément oblique d'un vaisseau sanguin oblitéré. Dans ce cas, les fibres élastiques sont toujours rares, très tenues, mal colorées par l'orcéine.

Dans les grands espaces portes voisins des zones gommeuses, il n'est pas rare de trouver la veine porte atteinte d'endophlébite végétante ancienne. Le tissu fibreux y est largement creusé de cavités vasculaires de nouvelle forma-

tions tapissées elles-mêmes d'une couche endothéliale caractéristique.

Les travées fibreuses qui comblent ainsi la lumière portale contiennent un assez grand nombre de fines fibres élastiques vivement colorées par l'orcéine. En outre, la totalité du tissu fibreux, dense et comme tendineux, occupant l'ensemble de ces grands espaces portes est gorgé de fibres élastiques fines dessinant un réseau très riche autour de chacune des fibres scléreuses.

C'est en particulier autour des canaux biliaires épaissis que le tissu élastique paraît le plus abondant.

L'artère hépatique, également épaissie, mais perméable possède une membrane moyenne extraordinairement riche en tissu élastique.

Dans les espaces portes moyens, l'accumulation de tissu élastique autour des artérioles et surtout dans leur membrane moyenne attire immédiatement l'attention.

Partout où l'on rencontre des travées fibreuses exemptes de nécrose caséeuse, des fibres élastiques y existent, fines, courtes, caractéristiques.

Des dispositions précédentes il résulte que le diagnostic des lésions gommeuses est grandement facilité.

Dans les ilots d'inflammation subaigüe récente, les fibres élastiques sont encore très rares, le tissu conjonctif étant encore jeune.

Quelques détails histologiques intéressants restent à signaler à propos des masses gommeuses.

C'est ainsi que sur les coupes colorées au picrocarminate d'ammoniaque (fig. 6), on remarque au centre de la plupart des masses caséeuses, colorées en brun sale, un aspect moucheté, strié dans tous les sens, et constitué par de petites taches d'un brun plus foncé sans trace, d'éléments reconnaissables.

Les mêmes parties gommeuses colorées à la tionine ne donnent pas (fig. 3) le même aspect au centre des gommes

qui demeurent colorées en un bleu pâle a peu près uniforme. De même, l'hématéine seule, sans adjonction d'éosine, montre le centre des masses caséeuses occupé par une matière gris rosâtre sale, vaguement fibrillaire ; sur ce fond uniforme coupé, de place en place, par quelques lignes plus claires, sont parsemés de rares noyaux en voie d'atrophie, à peine colorés en violet lilas pâle. Lorsqu'il s'agit de gommes enclavées au milieu des régions du foie atteintes de dégénérescence amyloïde, l'aspect de la matière caséeuse au centre des gommes, (celles-ci étant volumineuses) est tout différent, comme nous l'avons vu précédemment ; en effet, les ilots amyloïdes disséminés en pleine matière gommeuse donnent au produit nécrobiotique une apparence aréolaire des plus remarquables causée précisément par la persistance des masses amyloïdes au milieu des zônes frappées de mortification caséeuse. La gomme iodée et le violet de Paris en ont d'ailleurs fait la preuve, comme nous l'avons montré au début de cette description.

La rate est le siège d'une dégénérescence amyloïde extrêmement avancée affectant la totalité de la pulpe et frappant les petits vaisseaux et surtout les follicules lymphatiques.

Les gros vaisseaux paraissent à peu près intacts. Aucune trace de lésions gommeuses non plus que de travées cicatricielles fibreuses. Les colonnes fibreuses soutenant le tissu interstitiel de la pulpe splénique ne paraissent pas notablement épaissies.

Observation XIII

Gommes syphilitiques du foie. Laparotomie exploratrice. Dégénérescence amyloïde généralisée. Foie ficelé. Déformation considérable du lobe gauche.

Communiquée par M. le Dr Maurice Letulle.

Le 20 avril 1898, un de mes collègues des Hôpitaux m'envoie un foie recueilli à l'autopsie d'une femme de

30 ans, ayant subi 36 heures avant sa mort une laparotomie exploratrice. Il y joint une note clinique résumée de la façon suivante :

Il s'agissait d'une femme de 30 ans, sans antécédents notables, entrée à l'hôpital pour une volumineuse tumeur, indolente, faisant saillie au niveau de l'hypochondre gauche et de l'épigastre.

L'état général était bon, sans troubles digestifs, sans amaigrissement. Il n'existait pas de ganglions périphériques tuméfiés et c'est à peine si le sang présentait un léger degré de leucocytose. La température était normale. Percuté au niveau de l'hypochondre droit, le foie paraît un peu gros et déborde les fausses côtes. Un examen attentif permet de croire que la tumeur est indépendante du foie. Le phonendoscope arrive à la délimiter à peu près exactement : elle descend obliquement dans le flanc gauche, en bas et en dedans, se dirigeant vers l'ombilic.

Les renseignements obtenus de la malade sont précis. La tumeur daterait de plusieurs mois et augmenterait rapidement de volume depuis quelques semaines. Le chirurgien ayant conclu à l'existence d'un kyste hydatique de la rate, décida la malade à une intervention rapide. La laparotomie faite sur la ligne médiane montra qu'en effet la rate était grosse, et que la tumeur était formée par le lobe gauche du foie très hypertrophié, sans grandes déformations à sa surface, où il n'existait que quelques adhérences. On crut qu'il s'agissait d'une cirrhose hypertrophique avec malformation du lobe gauche et l'on referma le ventre.

La malade mourut 36 heures plus tard.

L'autopsie montra un foie énorme, avec un lobe gauche extrêmement hypertrophié, sans grandes déformations à la surface.

Sur les coupes, le parenchyme hépatique, surtout à droite, était gorgé de gommes d'un volume variant de celui d'un amande à celui d'une pomme.

Détail intéressant à noter, la partie envahie par les gommes (lobe droit) n'avait pas attiré l'attention et la masse prise, à tort, pour une tumeur de la rate, n'était autre que le lobe gauche hypertrophié, indemne de produits scléro-gommeux syphilitiques.

L'examen microscopique m'a démontré, sur les coupes colorées à l'hématéine-éosine :

1° L'existence d'une dégénérescence amyloïde du foie très accusée sur certains points.

2° La présence de nombreuses gommes syphilitiques, semées au hasard des coupes, en pleins ilôts amyloïdes, et presque toujours entourées d'une zône inflammatoire embryonnaire discrète.

3° Une sclérose interstitielle, surtout marquée autour des grands et moyens espaces portes, et constante, d'autre part, dans les points où plusieurs masses gommeuses se sont trouvées conglomérées. Des cellules géantes, peu nombreuses, parsèment le tissu conjonctivo-vasculaire végétant voisin des petites gommes.

La dégénérescence amyloïde, sur nombre de points, a détruit une grande partie des lobules hépatiques.

CONCLUSIONS

—

1° Par l'effet du processus atropho-hypertrophique, la syphilis tertiaire scléro-gommeuse du foie peut déterminer la formation de véritables tumeurs, source d'erreurs de diagnostic.

2° Ces erreurs sont doublement préjudiciables : en méconnaissant la syphilis, on se prive des heureux effets du traitement spécifique ; en intervenant chirurgicalement pour des lésions syphilitiques, on pratique une opération, parfois au moins inutile, sinon nuisible.

3° La syphilis acquise n'a pas seule l'apanage de ces manifestations hépatiques, à forme de tumeurs opérables ; la syphilis héréditaire tardive doit également entrer en ligne de compte.

4° Le diagnostic de la nature vraie de la pseudo-tumeur sera facilité par la concomitance de manifestations syphilitiques superficielles ou profondes. A défaut de lésions actuelles, l'interrogatoire méthodique du malade pourra permettre de relever dans ses antécédents quelque trace de syphilis passée, parfois très ancienne. Il est cependant des cas où il est impossible de dépister chez le sujet la signature de la syphilis antérieure.

5° On conçoit toute la difficulté du diagnostic dans ces cas où l'anamnèse est négative au point de vue de la syphilis. On n'en tentera pas moins, en pareille occurence, l'épreuve du traitement antisyphilitique qui, seul, pourra parfois résoudre le problème.

6° Le traitement de ces manifestations scléro-gommeuses hépatiques devra se borner le plus souvent à être purement médical, et consister alors en injections hypodermiques de doses intensives de mercure. La résection chirurgicale de tumeurs bien pédiculées a, dans certains cas, donné des résultats satisfaisants.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

—

Terrier et Auvray. — Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical. (*Revue de chirurgie*, 1898, p. 403, 705, 831.)

L. Kahn. — Étude sur la régénération du foie dans les états pathologiques. (Thèse, Paris, 1897.)

F. Legueu. — Deux cas d'hépatectomie pour syphilis. (Congrès français de chirurgie, 1901.)

Schwartz. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, tome VIII

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, tome VII.

Abbe, cité par **Elliot.**— *In Transactions of the Americ. Surgical association*, 1897, p. 262.

Bastianelli. — *Policlinico*, 1895.

Hochenegg. — *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 52.

Lauenstein. — *Beilage zur Centralblatt f. chirurgie*, 1890, p. 73.

Schmidt. — *Deutsche médic. Wochenschrift*, 1893, n° 8.

Tillmans. — *Beilage zur Centralblatt f. chirurgie*, 1890, p. 73.

Tricomi. — Com. au Congrès international des sciences méd. de Rome, 1894.

Wagner. — *Bricht über die Verhandlungen des XIX chirg. Kongresses*, S. 96.

Hudelo. — Lésions du foie dans la syphilis héréditaire. (Thèse, Paris, 1890.)

Lancereaux. — Traité de la syphilis, 2e éd., 1874.

Rendu. — Dict. Dech., Art. *Foie syphilitique*, 1879.

Mauriac. — Syph. tertiaire et héréditaire, 1890.

Cornil. — Leçons sur la syphilis, 1879.

Fournier. — La syph. héréd. tardive, 1886.

Charcot, Bouchard, Brissaud. — Traité de médecine, tome III.

Brouardel et Gilbert. — Traité de méd. et de thér., tome V.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 13e édit, tome II, p. 743.

Chauffard. — *Semaine médicale*, 1er juillet 1891.

Grande Imprimerie de Blois, 2, rue Haute. — X 5181.

GRANDE IMPRIMERIE DE BLOIS

Emmanuel Rivière, Ingénieur des Arts et Manufactures x 5181